DISSERTATION

N° 167.

SUR LA

DIPHTHÉRITE PHARYNGO-LARYNGIENNE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 4 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR RAOUL PATUREAU, de Châteauroux,

Département de l'Indre;

Ancien Élève des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Liberam ego medicinam profiteor: neque à novis, neque ab antiquis sum; sed utrosque, ubi verum colunt, sequor.

BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, *Président.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS, *Examinateur.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER, *Examinateur.* ..... CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, *Suppléant.* DUBOIS. DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, *Examinateur.*	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance, *Suppléant.*	Sandras.
Devergie, *Examinateur.*	Trousseau.
Dubled.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798; l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON GRAND-PÈRE.

Regrets éternels !

A MA GRAND'MÈRE.

Témoignage de reconnaissance.

R. PATUREAU.

DISSERTATION

SUR LA

DIPHTHÉRITE PHARYNGO-LARYNGIENNE.

Je me propose de traiter dans cette Thèse de la *diphthérite*, telle qu'elle s'est montrée il y a quelques années à Tours, et dans l'épidémie qui a exercé ses ravages, depuis 1823 jusqu'en 1830, sur la population des départemens du Cher, de Loir-et-Cher et de l'Indre, c'est à dire sous sa forme la plus dangereuse, lorsqu'elle occupe à la fois le pharynx et le larynx; mais le traitement n'étant pas le même suivant qu'elle siége dans l'un ou l'autre de ces organes, je décrirai séparément la diphthérite pharyngienne et la diphthérite laryngienne, afin de mieux faire ressortir les symptômes qui appartiennent à l'une et ceux qui sont propres l'autre.

De la diphthérite pharyngienne.

Les auteurs ont donné des noms différens à l'inflammation pseudo-membraneuse du pharynx; c'est ainsi qu'on la trouve décrite sous les dénominations variées d'*angine couenneuse, pseudo-membraneuse, maligne, gangréneuse.* M. *Bretonneau*, dans ces derniers temps, voulant donner un nom spécial à cette affection, qu'il

regarde comme spécifique, l'a appelée *diphthérite pharyngienne*, expression nouvelle, qui a l'avantage de rendre le langage plus laconique, mais qui a l'inconvénient d'ajouter un nom de plus à la synonymie déjà si nombreuse de cette affection.

Causes. Les notions que la science possède sur l'étiologie de l'angine pseudo-membraneuse sont excessivement vagues. Elle règne le plus souvent d'une manière épidémique; on la voit cependant attaquer çà et là quelques individus séparés; elle n'appartient à aucune région, à aucune latitude. Les saisons ne paraissent pas exercer sur elle d'influence bien marquée; cependant la plupart des auteurs s'accordent à dire qu'on l'observe le plus souvent dans les pays tempérés et au printemps; il semble que la chaleur humide favorise son développement. Elle attaque de préférence les enfans, les femmes et tous les individus doués d'un tempérament lymphatique et sanguin.

Marche et symptômes. La diphthérite commence presque toujours par le pharynx, surtout lorsqu'elle règne épidémiquement. Sur plus de cinquante autopsies, M. *Bretonneau* n'a trouvé qu'un cas où elle ait débuté par le larynx; et M. *Guersent* dit que dans les cinq sixièmes des observations qu'il a pu faire la fausse membrane avait pris naissance dans le pharynx. Les premiers symptômes présentent si peu de gravité, qu'ils passent inaperçus, à moins que l'on n'ait l'attention éveillée par une épidémie alors existante : un peu de chaleur à la gorge, de la difficulté plutôt que de la douleur à exécuter les mouvemens de déglutition; un peu de gonflement des ganglions cervicaux, rarement des nausées et des vomissemens; quelques plaques d'un blanc jaunâtre, lardacées, disséminées sur un tissu d'un rose pâle; la luette gonflée et pendante, peu de fièvre, tels sont les phénomènes qui caractérisent la première période.

Dans la seconde, les fausses membranes, qui ont débuté sur le voile du palais, ses piliers et les amygdales, s'étendent avec une rapidité effrayante; elles s'irradient de toutes parts, se portent souvent der-

rière le voile du palais, dans les fosses nasales et jusque dans les sinus frontaux; ou bien, suivant une direction différente, elles envahissent les trompes d'*Eustache*, quelquefois même se montrent au-dehors sur les lèvres, derrière les oreilles, etc., etc., quand la peau de ces parties était auparavant le siége d'une inflammation. La gêne pour avaler augmente, les alimens et les boissons ne passent qu'avec peine: ces dernières sont rejetées par le nez; la voix est nasillarde, la toux nulle et la salivation peu abondante, les ganglions sont plus tuméfiés et plus douloureux.

C'est dans la troisième période que des portions de fausses membranes se détachent et sont rejetées par le malade, mais elles se reforment aussitôt. C'est aussi à cette époque de la maladie que du sang suinte des surfaces dénudées, se répand sur les fausses membranes environnantes et leur donne un aspect noirâtre, semblable à des escharres gangréneuses. Ce caractère que prennent alors les couennes qui recouvrent tout le fond de la gorge, et l'odeur fétide que répand l'haleine, odeur qui se rapproche de celle de la gangrène, rendent compte de l'erreur prolongée dans laquelle on est resté sur la nature véritable de l'affection que je décris. La bouffissure de la face va toujours en augmentant, les ganglions du cou prennent plus de volume, et s'abcèdent quelquefois: il s'ensuit ordinairement une suppuration longue et difficile à tarir. Il n'est pas non plus sans exemple d'avoir vu l'inflammation des ganglions se terminer par gangrène; la gêne de la déglutition est extrême, la fièvre quelquefois assez intense.

La maladie, parvenue à ce point et abandonnée à elle-même, peut, dans des cas extrêmement rares, prendre une marche favorable; alors on voit le cercle inflammatoire qui environnait les fausses membranes devenir plus rouge, plus étendu; un liquide plus ou moins abondant humecte le pharynx; les productions couenneuses sont absorbées de la circonférence au centre, ou bien s'exfolient, diminuent d'épaisseur, deviennent transparentes et s'effacent entièrement. Après qu'elles ont ainsi disparu, souvent la luette et les amygdales restent encore long-temps tuméfiées et douloureuses.

La durée de cette affection n'a pas de terme précis : dans les épidémies, alors qu'elle est assez aiguë, elle dure ordinairement de trois à quinze jours ; quand elle règne d'une manière sporadique, sa marche est seulement un peu plus lente ; quand elle se borne au pharynx, elle n'est pas mortelle, à moins qu'il ne survienne quelque fâcheuse complication.

Si la diphthérite peut, dans quelques cas très-rares, se terminer de la manière heureuse que je viens d'indiquer, le plus souvent elle continue à faire des progrès, envahit le larynx, et constitue la diphthérite laryngienne (croup), que je décrirai dans le chapitre suivant, accident redoutable que l'on peut aisément prévenir lorsque l'on met en usage de bonne heure la médication topique que nous indiquerons plus bas.

Diagnostic. D'après l'ensemble des caractères que je viens d'indiquer, on pourra, je pense, facilement reconnaître l'angine couenneuse ; mais, afin d'établir un diagnostic plus précis encore, je vais rapporter les caractères principaux des affections pharyngiennes qui pourraient être confondues avec celle que je viens de décrire. Dans l'*angine couenneuse commune*, les amygdales sont tuméfiées, d'un rouge intense ; la déglutition très-douloureuse, la fièvre tantôt nulle, tantôt très-forte. Si l'on regarde l'intérieur de la bouche, on aperçoit sur les amygdales, et rarement sur la luette, des plaques grisâtres ordinairement peu étendues ; les ganglions cervicaux sont très-peu ou point douloureux. Sa durée moyenne est de sept à huit jours ; le traitement antiphlogistique est celui qui lui convient le mieux.

L'*angine scarlatineuse* ou *pultacée* est caractérisée par une fièvre vive qui précède ordinairement tous les symptômes locaux. Le voile du palais est d'un rouge foncé ; les amygdales, gonflées, sont bientôt recouvertes par de petites plaques d'un blanc laiteux, qui vont toujours en s'accroissant, se réunissent et forment une espèce de membrane sans consistance, facile à sillonner avec l'ongle ; jamais cet enduit pultacé ne s'étend au-delà du pharynx : presque toujours il est borné

à l'isthme du gosier; la déglutition est douloureuse; la langue, tantôt sèche, tantôt humide et couverte au début d'un enduit blanchâtre comme le pharynx, devient ensuite d'un rouge violet très-foncé. Tous ces symptômes disparaissent peu après la rougeur qui existait à la peau, ce qui a lieu du huitième au dixième jour. Quant à l'angine tonsillaire phlegmoneuse, elle présente des caractères tellement tranchés, qu'il serait superflu de la comparer à la diphthérite.

Traitement. La diphthérite pharyngienne ne présentant ordinairement de danger qu'autant qu'elle parvient jusque dans le larynx, et sa marche étant rapide, il importe d'agir d'une manière prompte et énergique, afin de prévenir cette extension que l'on doit tant redouter.

Bien des modes de traitement ont été prônés et rejetés tour à tour, et de ces essais il est résulté un fait important : c'est que la médication topique est, de toutes, celle qui offre le plus de chances favorables. On devra donc y avoir recours aussitôt que des productions membraneuses commenceront à paraître. L'acide hydrochlorique, l'alun en poudre, le nitrate d'argent, soit solide, soit liquide, le calomel administré localement, ont été employés avec des succès égaux; leur manière d'agir est la même : ils ont tous pour effet de changer le mode d'inflammation. L'application de ces substances réclame des précautions qu'il est important de ne pas négliger : si l'on emploie l'acide hydrochlorique ou tout autre liquide de ce genre, on atteindra le but que l'on se propose en plaçant une petite éponge à l'extrémité d'une baleine recourbée sur elle-même au moyen de la chaleur. L'éponge devra contenir assez de caustique pour agir efficacement sur les fausses membranes, et pas assez pour que, pressée par les contractions du pharynx, elle puisse laisser écouler quelques gouttes qui affecteraient douloureusement les parties qu'elles atteindraient.

M. *Guersent* conseille l'emploi du nitrate d'argent solide, en recommandant bien de l'assujettir solidement dans le porte-crayon, de ne le laisser dépasser que très-peu cet instrument, afin qu'il ne puisse

pas se casser dans les mouvemens que font les malades, surtout dans le jeune âge. On conçoit qu'un morceau de nitrate d'argent qui se détacherait et parviendrait dans l'estomac produirait, s'il n'était rejeté immédiatement par le vomissement, une perforation prompte et une péritonite mortelle. Il suffit de signaler ces dangers, pour faire sentir combien sont importantes toutes ces précautions, qui semblent minutieuses au premier abord. Pour nous, nous préférerons toujours faire usage d'une solution saturée de nitrate d'argent, dont on imbibera une éponge : c'est la méthode que conseillent MM. *Bretonneau* et *Trousseau.*

Tout en s'attachant spécialement au traitement topique, on ne doit pas négliger les moyens généraux qui peuvent être de quelque utilité : ainsi les évacuations sanguines, que certains auteurs ont entièrement proscrites, seront utiles dans les cas où la réaction aura quelque intensité, c'est à dire lorsque la figure sera colorée, la peau chaude, la fièvre violente, le pouls large et résistant. (*Angine sthénique* de M. *Guersent.*)

Le calomel, qui semble avoir une action directe sur la membrane muqueuse de la bouche, du pharynx et du larynx, augmenter la sécrétion du mucus et favoriser ainsi le décollement des fausses membranes, ne devra cependant être employé à l'intérieur qu'avec circonspection, à cause des accidens graves qu'il peut entraîner. On ne l'administrera qu'à très-petites doses en commençant, mais très-rapprochées les unes des autres : c'est ainsi qu'on en a fait prendre jusqu'à deux et trois gros dans les vingt-quatre heures. On seconde souvent son action par des frictions mercurielles faites sur le cou et les parties latérales de la face ; toutefois on devra suspendre l'usage de ces médicamens dès qu'ils auront produit un commencement de salivation, quand bien même ils n'auraient pas amené l'amélioration que l'on en attendait. Le calomel devient souvent une arme dangereuse, surtout pendant l'hiver, et les accidens redoutables rapportés, avec une bonne foi qu'on ne saurait trop louer, par le médecin de Tours, doivent nous faire craindre d'employer les mercuriaux lorsque

la diphthérite n'occupe que le pharynx; et certes, les insufflations avec l'alun et les attouchemens réitérés avec le nitrate d'argent ou l'acide hydrochlorique seront en général préférables.

Dans les cas où la maladie prend une marche favorable, si les fausses membranes ont de la peine à être rejetées, un vomitif donné à propos peut, dit-on, avoir des résultats avantageux; mais on sera avare de ce moyen, qui n'est pas toujours innocent.

Les gargarismes avec le chlorure de sodium ont peut-être été trop négligés, et il est naturel de penser qu'ils auraient le double avantage de détruire la mauvaise odeur qui infecte le malade, et de tendre à produire une inflammation de bonne nature, si l'on en juge par l'action qu'exerce cette liqueur sur certains ulcères.

Des faits nouveaux recueillis par M. *Trousseau*, et consignés dans les Archives de Médecine, année 1830, tendent à faire croire que dans certaines épidémies les vésicatoires, les sinapismes, et tous les autres médicamens qui ont pour but d'établir un point d'irritation sur la peau, sont plus nuisibles qu'utiles, parce qu'ils déterminent souvent dans les lieux où ils ont été appliqués la production de fausses membranes, qui de là s'étendent sur la surface cutanée avec la même rapidité que dans le pharynx. Ces dérivatifs ont-ils un avantage réel, et le mal qu'ils peuvent ajouter à celui qui existe déjà est-il plus que compensé par le bon effet que l'on s'en promet? Attendons que l'expérience ait prononcé.

Je crois que l'on peut avoir recours avec plus de confiance aux révulsifs à l'intérieur, puisque jusqu'ici ils n'ont pas offert les mêmes inconvéniens. Bien d'autres médicamens ont été dirigés contre la diphthérite pharyngienne; il me suffit d'avoir fait connaître les principaux.

De la dyphthérite laryngienne. (Croup.)

La dyphthérite laryngienne est plus souvent consécutive que primitive; j'ai dit, dans le chapitre qui précède, combien il est rare que les productions membraneuses commencent par le larynx.

Causes. Les causes de la phlegmasie pelliculaire du larynx sont les mêmes que celles de l'angine dyphthérique; il est inutile de les répéter.

La description de cette maladie comprend trois périodes distinctes, mais généralement elles s'accomplissent avec beaucoup plus de rapidité que dans la dyphthérite pharyngienne.

Marche et symptôme. La première est caractérisée par une douleur légère, que le malade rapporte à la partie antérieure du cou, par une toux sèche, petite, aiguë, rentrante en dedans, peu sonore, que les auteurs ont comparée avec la voix d'un petit chien qui aboie, d'une poule qui glousse, d'un jeune coq qui chante. Quand la toux a cessé, le malade se trouve mieux, la respiration s'exécute bien; l'intensité de la fièvre varie suivant les individus. Cette période ne manque jamais; elle dure de quelques heures à deux ou trois jours.

Dans la deuxième période, la toux revient par quintes, avec menace de suffocation; elle conserve toujours les caractères qu'elle a présentés dès le début. La quinte apaisée, le malade est aphone, symptôme essentiel à noter, puisqu'il est un de ceux qui servent à distinguer cette affection si grave d'une autre qui lui ressemble beaucoup, mais qui n'offre plus les mêmes dangers; chaque inspiration est accompagnée de sifflement; entre les quintes, la respiration est fréquente, le malade se plaint d'une douleur derrière le sternum, le long de la trachée-artère; la face est pâle et tuméfiée. Si les accès de toux sont suivis de l'expuition de fausses membranes, la respiration devient plus libre, la somnolence et la tristesse qui existaient disparaissent.

Lorsque la guérison doit avoir lieu, c'est ordinairement dans cette période que le mieux commence à se faire sentir; la toux devient hu-

mide, muqueuse; le malade crache beaucoup; les fausses membranes sont résorbées ou le plus souvent expulsées.

Le croup, arrivé à la troisième période, se termine presque toujours d'une manière funeste; la toux devient rare, sèche, peu sonore; à ses quintes succède une aphonie complète; la face est pâle et bouffie, les lèvres violettes, l'assoupissement profond : les malades n'en sont retirés que par les accès de toux, qui reviennent de temps à autre. Dans cet état, on voit des enfans se mettre précipitamment sur leur séant, ou sauter à bas du lit et faire, en courant, le tour de l'appartement; on dirait qu'ils cherchent à échapper au danger qui les presse; d'autres fois ils passent à plusieurs reprises leurs mains devant leur cou, comme pour arracher l'obstacle qui s'oppose au passage de l'air : mais le mal continue à faire des progrès; la respiration devient convulsive; les jugulaires sont gonflées, le pouls est fréquent, irrégulier, intermittent. « Au milieu de cet anéantissement de toutes les fonctions, « dit M. *Royer-Collard*, les facultés intellectuelles seules conservent « leur intégrité. La mort vient enfin terminer cette scène de douleurs « tantôt d'une manière calme et douce, tantôt dans les angoisses les « plus déchirantes. »

La fausse membrane peut n'occuper que la trachée ou les bronches. Dans ces cas extrêmement rares, la voix n'est pas éteinte; elle est seulement voilée : la respiration, quoique gênée, ne se fait pas d'une manière convulsive; la toux est catarrhale.

La dyphthérite laryngienne dure depuis deux jusqu'à dix et douze jours. MM. *Bretonneau* et *Guersent* ne l'ont jamais vu récidiver; il est très-probable que les récidives dont les auteurs font mention se rapportent à l'angine striduleuse, et non pas au croup.

Diagnostic. Telle est la marche du croup : jamais il ne débute d'une manière brusque et instantanée; ce mode d'apparition appartient à l'angine striduleuse, que l'on a confondue avec la dyphthérite laryngienne. Le diagnostic ressort de la description que je viens de faire; m'y arrêter plus long-temps serait m'exposer à des répétitions fastidieuses. Cependant, pour le rendre plus complet, je vais retracer les principaux

symptômes communs et différentiels de l'angine striduleuse et de la dyphthérite laryngée. (Ce tableau comparatif est tiré d'un manuscrit de M. *Bretonneau*, que M. *Trousseau* a eu la bonté de me communiquer.)

Symptômes communs.

Inspiration sifflante, toux rauque, altération du timbre de la voix, accès de suffocation, pendant lesquels la tête est portée en arrière.

Symptômes spéciaux.

Croup.	*Angine striduleuse.*
L'invasion du croup est lente et progressive.	L'invasion de l'angine striduleuse est vive et soudaine.
La déglutition est gênée, presque toujours douloureuse au début.	La déglutition n'est pas douloureuse, pas même gênée.
La circulation, d'abord accélérée, se ralentit jusqu'à ce qu'elle acquière une extrême fréquence par les progrès de l'asphyxie.	Le rhythme de la circulation est à peine altéré pendant tout le cours de la maladie.
Une inflammation membraneuse occupe le larynx.	Une inflammation catarrhale occupe l'entrée du larynx et tuméfie les bords de la glotte.
La phlegmasie spécifique acquiert une sorte de ténacité, devient de plus en plus susceptible de résister aux moyens qui dans le principe de son développement peuvent lui être opposés avec le plus d'efficacité.	Une excrétion muqueuse indique que le mouvement fluxionnaire se ralentit, s'arrête, et qu'enfin la congestion inflammatoire se dissipe.
Un gonflement douloureux des ganglions lymphatiques cervicaux, plus ou moins prononcé, et qui s'étend au tissu cellulaire dont ils sont entourés, accompagne l'inflammation diphthérique du pharynx et des canaux aérifères.	Aucun gonflement douloureux des ganglions lymphatiques du cou n'accompagne l'inflammation catarrhale de la glotte et des canaux aérifères.

Croup.	*Angine striduleuse.*
L'haleine des sujets affectés du croup est quelquefois d'une fétidité repoussante.	L'haleine des sujets affectés d'angine striduleuse n'acquiert jamais l'odeur de gangrène.
La laryngite diphthérique est quelquefois contagieuse.	Il est constant que l'angine striduleuse n'est pas contagieuse.
Il n'existe pas d'exemples bien avérés de récidive du véritable croup.	L'angine striduleuse récidive.
Les enfans contractent le croup plus facilement que les adultes, qui ne sont cependant pas exempts de ses atteintes.	L'angine striduleuse est particulière à l'enfance.

J'ajouterai, avec M. *Guersent*, que dans le croup les malades sont aphones entre les quintes de toux, et que leur voix conserve, à peu de chose près, son timbre ordinaire entre les quintes de l'angine striduleuse.

Si les symptômes des deux maladies que je viens de comparer sont différens, le traitement ne l'est pas moins. Les antiphlogistiques et les dérivatifs ont une influence avantageuse très-marquée sur l'angine striduleuse, tandis que, dans la plupart des cas, seuls ils restent sans effets contre le croup.

Le prognostic de la laryngite diphthéritique est toujours très-grave; cependant, si elle est sporadique, si elle affecte un individu exempt de toute autre maladie, si elle a débuté par le larynx, et qu'elle reste bornée à cet organe; si, parvenue à la deuxième période, elle présente les symptômes favorables que j'ai indiqués, on pourra concevoir des espérances de guérison. Toutefois un médecin prudent et soigneux de sa réputation sera toujours réservé dans son prognostic. Quand, au contraire, le croup est accompagné de pharyngite diphthéritique, lorsqu'il règne épidémiquement, qu'il attaque un individu faible, convalescent, ou affecté d'une maladie chronique, tout doit porter à croire qu'il aura une terminaison funeste.

Traitement. Si dans la diphthérite pharyngienne on doit surtout in-

sister sur le traitement topique, dans le croup, au contraire, le traitement général est presque l'unique auquel on doive avoir recours. Au début, chez les sujets forts et pléthoriques, les évacuations sanguines sont indiquées pour diminuer l'afflux du sang vers le larynx. On pratiquera de préférence les saignées générales lorsque l'âge du sujet le permettra.

Ce que j'ai dit des vomitifs en traitant de l'angine couenneuse se rapporte également au croup; cependant, comme ici le danger est pressant, c'est peut-être le cas de faire l'application de cet aphorisme d'Hippocrate : *Ad extremos morbos extrema remedia exquisitè optima.* On pourra donc administrer quelques vomitifs, non-seulement parce qu'ils favorisent l'expulsion des fausses membranes, mais encore parce qu'ils ont une vertu dérivative puissante, et qu'ils augmentent l'afflux des mucosités dans le pharynx et le larynx. L'émétique et le sulfate de zinc sont ceux que l'on préfère, à cause de la manière prompte dont ils agissent. Chez les très-jeunes enfans, on peut se servir de l'ipécacuanha.

Je me contente de rappeler ici pour les dérivatifs ce que j'en ai déjà dit à propos du traitement de la diphthérite pharyngienne; néanmoins, lorsque le croup est sporadique, il serait peut-être bon d'y recourir dès le début. On devra toujours donner la préférence aux dérivatifs non irritans, tels que les bains de pieds, les cataplasmes émolliens bien chauds appliqués sur les extrémités inférieures.

Diverses substances ont été vantées comme facilitant l'expectoration, et par suite le décollement des fausses membranes; de ce nombre sont : le sulfure de soude, le carbonate de potasse, l'oxymel scillitique, le polygala senea, le calomel à l'intérieur. M. *Guersent* proscrit l'usage de l'ammoniaque et du carbonate de potasse, qu'il trouve trop irritans; il préfère à ces substances l'oxymel scillitique, et surtout le protochlorure de mercure. Ce médecin dit avoir employé avec succès, à l'hôpital des Enfans, dans la seconde période du croup, après que les saignées ont été pratiquées en proportion convenable, une potion composée avec deux gros de polygala, trois gros d'oxymel scillitique,

une once de sirop d'ipécacuanha, un grain et demi d'émétique par quatre onces de colature. Quand le croup est accompagné de symptômes nerveux, chez les enfans et les femmes surtout, les antispasmodiques, tels que l'éther, le musc, sont souvent utiles. Lorsqu'on a administré sans avantages tous les agens thérapeutiques capables de provoquer le décollement et l'expuition des fausses membranes, on peut chercher à favoriser leur résolution en insufflant dans le larynx, à l'aide du souffloir inventé par M. *Bretonneau* et perfectionné par M. *Guillon*, de l'alun réduit en poudre ou du calomel préparé à la vapeur.

Enfin, lorsque tous ces moyens ont échoué, il ne reste plus qu'à pratiquer la trachéotomie. Cette opération offre peu de chances de succès; cependant M. *Bretonneau*, qui ne cite qu'un fait de guérison dans son Traité de la diphthérite, a pratiqué depuis cette opération et obtenu trois nouveaux succès : le mois dernier, il vient encore de traiter et de guérir par ce moyen un enfant qui était déjà asphyxié au moment où l'ouverture de la trachée a été faite. M. *Trousseau*, de qui je tiens ces détails, a pratiqué lui-même deux fois la trachéotomie; mais il n'a pu prolonger que d'un jour la vie de ses malades. Peut-être M. *Bretonneau* ne doit-il ses succès qu'à son extrême hardiesse : en effet, ce praticien déclare que l'opération est tout à fait inutile, si l'on ne profite de l'ouverture qu'on a faite à la trachée pour y insuffler de l'alun et du calomel, pour introduire dans les bronches et dans le larynx de petites éponges imbibées de nitrate d'argent.

Il est aussi un autre point sur lequel a insisté M. *Bretonneau*, c'est sur les larges dimensions de la canule d'argent qu'il introduit dans la trachée.

De la diphthérite pharyngo-laryngienne.

La diphthérite pharyngo-laryngienne est caractérisée par la réunion des symptômes qui appartiennent aux deux maladies que je viens de décrire séparément.

Cette maladie n'est pas nouvelle : on la reconnaît facilement dans la description que donne *Arétée* de l'ulcère syriaque; et, à une époque moins éloignée de nous, on la retrouve dans les histoires de maux de gorge gangréneux rapportées par *Astruc*, *Marteau* et *Chomel*. Les dénominations sous lesquelles elle a été décrite dans les auteurs sont très-nombreuses; c'est à elle que se rapportent les affections désignées sous les noms d'*ulcus syriacum*, *ægypticum*, *epidemica gutturis lues*, *morbus strangulatorius*, *affectus suffocatorius*.

Quoique cette affection ait été observée depuis de longues années, on n'en est pas moins resté jusqu'en ces derniers temps dans l'ignorance la plus profonde sur sa nature véritable, que l'on croyait être gangréneuse. *Jonhston* est le premier qui ait avancé que l'angine maligne et le croup sont deux maladies de même nature. On savait, à l'époque où il émit cette proposition, que le croup est une inflammation avec production de fausses membranes. Mais c'est à M. *Bretonneau* que l'on doit d'avoir mis dans toute son évidence la vérité de la proposition avancée par *Jonhston*.

On ignore encore de quelle manière se développent les fausses membranes : M. *Roche* dit avoir observé quelles commencent par de petites vésicules dont la forme varie suivant le lieu quelles occupent. Ces vésicules contiennent un liquide transparent dans le principe, qui s'obscurcit, s'épaissit peu à peu, et constitue définitivement une fausse membrane. Que le mode de développement des productions membraneuses diphthéritiques soit, en effet, tel que le pense M. *Roche*, où qu'il en diffère, voici ce que l'on remarque une fois qu'elles sont formées : elles siégent sur le corps muqueux, immédiatement sous l'épithélium; fermes, résistantes, lardacées, d'apparence lichenoïde, leur couleur est d'un blanc sale; à une certaine époque de la maladie elles deviennent noirâtres; cette coloration leur est communiquée par le sang qui est exhalé lorsque des lambeaux de membranes se détachent; épaisses sur les amygdales, les fausses membranes sont plus épaisses encore sur la luette et le voile du palais. Leur adhérence n'est pas moins variable : elles sont intimement unies

au tissu sous-muqueux dans les fosses nasales et dans le larynx, tandis que dans la trachée on les trouve presque toujours flottantes.

Au-dessous de ce produit inflammatoire, le tissu muqueux ne présente ni excoriation, ni ulcération, mais seulement des plaques piquetées d'un ronge plus foncé au centre qu'à la circonférence; les points rouges sont rangés par lignes longitudinales; cependant, quand l'inflammation diphthéritique a duré long-temps, il n'est pas rare de trouver la surface enflammée évidemment rugueuse.

MM. *Bretonneau* et *Guersent* n'ont jamais vu la gangrène compliquer l'angine diphthéritique.

M. *Trousseau* a vu une fois la luette se gangréner; et comme la guérison eut lieu, on put aisément constater alors l'absence de cet organe. D'ailleurs, il ne répugne pas à croire que le tissu muqueux puisse aussi se sphacéler, puisque la peau affectée de l'inflammation diphthéritique se mortifie quelquefois, comme on en voit des exemples dans le Mémoire de M. *Trousseau*, sur la diphthérite cutanée. (Arch. gén. de méd., année 1830).

Plus la maladie a duré, et plus les fausses membranes ont pris de consistance et d'épaisseur; elles sont même susceptibles de s'organiser. Dans deux cas, M. *Guersent* a vu très-distinctement des vaisseaux sanguins se porter du larynx à la production pelliculaire; et *Sœmmering* conserve dans son cabinet d'anatomie une pièce sur laquelle l'organisation a été complète; ces cas doivent être excessivement rares, et fort heureusement, car par ce moyen les membranes muqueuses pourraient aussi contracter des adhérences, comme cela se voit pour les plèvres; et l'anatomie pathologique n'offre que bien peu d'exemples de ce genre, si tant est qu'il en existe de bien avérés.

Le prognostic de la diphthérite pharyngo-laryngienne est très-grave; c'est la forme la plus dangereuse sous laquelle l'inflammation diphthéritique puisse se montrer.

Cette affection n'étant autre chose que la réunion de la diphtérite

pharyngienne et laryngienne, le traitement combiné de ces deux affections est celui qui lui convient.

De la contagion de l'inflammation pelliculaire.

La diphthérite est-elle contagieuse? Dans l'état actuel de la science cette question ne peut pas être résolue d'une manière absolue. Je ne fais pas de doute que la diphthérite puisse devenir contagieuse dans des circonstances, qui n'ont pas été appréciées jusqu'à présent. Cette opinion est fondée sur un fait de contagion incontestable, rapporté par M. *Bretonneau*. Il s'agit d'un Élève en pharmacie, de l'hôpital de Tours, qui s'en fut chez lui étant convalescent, et qui communiqua l'angine diphthéritique à plusieurs personnes avec lesquelles il avait eu des rapports. Mais il faut convenir que si, dans certaines conditions inconnues, la diphthérite peut être contagieuse, le plus souvent elle n'a pas ce caractère; et s'il fallait citer des exemples de non-contagion on n'aurait que l'embarras du choix.

C'est ici le lieu de rapporter les essais impuissans que M. *Trousseau* a faits pour s'inoculer la diphthérite : une première fois il s'est appliqué sur le pharynx une fausse membrane qu'il venait de détacher de la gorge d'une petite fille; dans l'intention de rendre son expérience plus concluante, il se fit sur l'organe que je viens de nommer des mouchetures avec une lancette prélaablement trempée dans de la sanie purulente provenant de surfaces affectées d'inflammation pseudo-membraneuse. Cette expérience faite sur le pharynx n'ayant produit aucun résultat, le même médecin la répéta sur son bras; cette fois à l'endroit où la piqûre fut faite, il survint une vésicule ressemblant à celle de la vaccine, mais il ne se développa point de fausses membranes.

On doit tenir compte de ces expériences, qui tendent à prouver la non-contagion, en attendant toutefois, pour porter un jugement définitif, que de nouvelles recherches viennent éclairer la science.

Cependant, malgré les essais d'inoculation tentés infructueuse-

ment par M. *Trousseau*, ce médecin incline vers la contagion, et il a pu lui-même observer le fait suivant : une jeune dame, aubergiste à Jargeau-sur-Loire, vint à Chaumont-sur-Tharonne (Loir-et-Cher), voir son frère, qui s'était cassé la jambe. Elle avait amené avec elle une petite fille à la mamelle : or, l'angine diphthéritique régnait alors à Chaumont, et personne n'en avait été atteint à Jargeau, ville située à dix-huit lieues de Chaumont. La dame en question revient à Jargeau; huit jours après, sa petite fille meurt de l'angine maligne ; une semaine plus tard, deux enfans, cousins de la petite fille qui venait de succomber, meurent à leur tour de la même maladie. Ils avaient eu de continuelles relations avec leur petite cousine. M. *Trousseau* ajoute que, dans le courant du même mois, mourut du croup un autre enfant qui, croyait-on, mais on ne l'affirme pas, avait eu des relations avec les trois malades dont il vient d'être fait mention.

On trouve encore le fait suivant dans le Mémoire de M. *Trousseau*, que j'ai déjà cité. Une femme de Graçay (Indre), allaitant son enfant affecté de diphthérite pharyngienne, vit se développer des fausses membranes sur des gerçures que présentait son mamelon.

PROPOSITIONS

DE MÉDECINE.

I.

Il n'y a dans l'homme que des organes et des fonctions.

II.

Les fonctions résultent du jeu des organes.

III.

L'ensemble des fonctions constitue la vie.

IV.

Quand toutes les fonctions s'exécutent bien, il y a santé; quand une ou plusieurs fonctions sont dérangées, il y a maladie; quand toutes les fonctions sont anéanties, il y a mort.

V.

De même qu'il serait absurde d'admettre des altérations de propriétés indépendantes des corps doués de ces propriétés, de même il

serait contre la raison d'admettre des altérations de fonctions sans lésions d'organe.

VI.

Ces propositions admises, il en découle rigoureusement qu'il ne peut y avoir de mort sans altération matérielle ; car on ne peut mourir de rien.

VII.

De ce qu'on ne trouve pas toujours d'altération matérielle quand la vie a cessé, un esprit droit n'en concluera pas qu'elles n'existent point, mais qu'elles échappent à nos moyens d'investigation. Et d'ailleurs combien de maladies dont le siége nous était inconnu il y a encore peu d'années, et que nous localisons aujourd'hui ! Ne nous pressons donc pas de porter des jugemens qui demain pourraient être démentis.

FIN.